

AKCEPTACJA CHOROBY NOWOTWOROWEJ PRZEZ OSOBY STARSZE A POZIOM ODCZUWANEGO ZMĘCZENIA

ACCEPTANCE OF CANCER AND FATIGUE EXPERIENCED BY ELDERLY PATIENTS

Marta Maż, Iwona Bodys-Cupak

Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.6>

STRESZCZENIE

Wstęp. Zmęczenie nowotworowe jest jednym z najczęstszych problemów, które dotyczą pacjentów onkologicznych. Mimo postępów w dziedzinie leczenia i pielęgnacji pacjentów z chorobami nowotworowymi, ten problem jest nadal zbyt rzadko dostrzegany przez personel medyczny, a sami pacjenci, zwłaszcza w podeszłym wieku, uznają towarzyszące im zmęczenie za coś naturalnego.

Cel pracy. Celem niniejszej pracy było przedstawienie zależności pomiędzy akceptacją choroby nowotworowej przez osoby starsze a poziomem odczuwanego przez nich zmęczenia.

Materiał i metody. Badania zostały przeprowadzone wśród 73 pacjentów oddziału radioterapii. Narzędzia badawcze wykorzystane do badań to autorski kwestionariusz ankiety, Skala AIS autorstwa B.J. Felton, T.A. Revenson i G.A. Hinrichsen w adaptacji Z. Juczyńskiego oraz Podskale Oceny Zmęczenia kwestionariusza FACIT- F wersja polska.

Wyniki. Przeprowadzone badania wykazały, że ponad połowa pacjentów w znacznym stopniu odczuwa zmęczenie. Im wyższy był poziom zmęczenia, tym mniejsza była akceptacja choroby nowotworowej wśród chorych. Pacjenci, u których występowały uciążliwe powikłania choroby nowotworowej i jej leczenia w większym stopniu odczuwali zmęczenie, jednak nie wpływało to istotnie na poziom akceptacji choroby. Mędości, ból, brak energii oraz mało efektywny sen wpływały znacząco na odczuwanie zmęczenia. Pacjenci, którzy przyjmowali na stałe leki z powodu chorób współistniejących częściej odczuwali zmęczenie. Wykazano zależność pomiędzy płcią a nasileniem zmęczenia, większy poziom zmęczenia występował wśród kobiet.

Wnioski. Odczuwane przez osoby starsze, leczone onkologicznie zmęczenie ma negatywny wpływ na akceptację choroby nowotworowej.

Słowa kluczowe: choroba nowotworowa, akceptacja choroby, zespół zmęczenia nowotworowego, osoby starsze.

ABSTRACT

Introduction. Cancer-related fatigue is one of the most common problem of the oncological patients. Despite advances in medicine and nursing, this problem is too rarely noticed by medical staff. Elderly patients believe that fatigue in their age is something normal and it is not related to the disease.

The aim of the research. The aim of the study was to present the relationship between acceptance of cancer and fatigue experienced by elderly patients.

Material and methods. The research was carried out on the group of 73 patient being currently treated at Radiotherapy Ward. The research instrument was original survey questionnaire, Acceptance of Illness Scale (AIS BJ Felton, TA Revenson, Hinrichsen GA) in the adaptation of the Z. Juczyński and Fatigue Subscale from FACIT-F Scale - Polish version.

Results. Studies has shown that over half of patients experienced fatigue to a great extent. The higher was the level of fatigue, that lower was the level of acceptance of illness among patients. Patients who were more severely affected by cancer complications and its treatment were more tired, but it does not affect their acceptance of the disease. Nausea, pain, lack of energy and inefficient sleep had an impact on a greater level of fatigue. Taking medicines permanently affects the more frequent feeling of fatigue. More women than men reported that they feel tired.

Conclusion. The analysis of the research proved that among older people treated oncologically, their fatigue has a negative impact on the acceptance of cancer.

Keywords: cancer disease, acceptance of the disease, cancer-related fatigue, the elderly.

Wstęp

Zmęczenie związane z nowotworem jest częstym problemem dotyczącym pacjentów onkologicznych. Jest to istotny czynnik wpływający na pogorszenie jakości życia, a przez wielu pacjentów wskazywane jest jako jeden z najbardziej dokuczliwych objawów związany z chorobą nowotworową lub jej terapią. Niestety mimo ogromnego postępu w dziedzinie onkologii nadal zbyt rzadko diagnozuje się oraz podejmuje próby terapii Zespołu Zmęczenia Nowotworowego [1].

Zespół zmęczenia nowotworowego (ang. *cancer related fatigue*) definiowany jest jako objaw lub zespół chorobowy, w którym utrzymujące się przez dłuższy czas uczucie znużenia, osłabienia, braku energii, spowodowane podstawową jednostką chorobową lub leczeniem przeciwnowotworowym, zakłóca codzienne funkcjonowanie pacjenta. Uczucie to jest nieproporcjonalnie duże do wykonywanego wysiłku, a nawet może nie mieć związku z jakąkolwiek aktywnością. W przeciwieństwie do zwykłego zmęczenia u zdrowych osób nie ustępuje po odpoczyn-

ku ani przerwie nocnej [1, 2, 3]. Dolegliwość ta dotyczy około 20–30% wyleczonych z długoletnim przeżyciem oraz aż 80–90% w trakcie leczenia lub w późnym stadium choroby. Problem dotyka również młodszych pacjentów. Z ZZN zmagają się aż 57% dzieci chorych nowotworowo. Niestety, zespół zmęczenia nowotworowego jest bardzo często ignorowany przez personel medyczny. Istnieją rozbieżności w postrzeganiu ZZN przez lekarzy onkologów i pacjentów. Badania pokazują, że większość onkologów za największy problem u swoich pacjentów uważa ból, natomiast pacjenci wskazują zmęczenie [1–5].

Badacze wyróżniają cztery podstawowe kryteria rozpoznania zespołu zmęczenia nowotworowego. Po pierwsze pacjent w ciągu ostatniego miesiąca przynajmniej przez okres 2 tygodni odczuwał zmęczenie i dodatkowo każdego lub prawie każdego dnia występowały inne objawy związane z ZZN. Zmęczenie nowotworowe prowadzi do niepokoju oraz zaburzeń funkcjonowania w znaczącym stopniu. Objawy występujące u pacjenta wskazują na to, że przyczyną zmęczenia jest nowotwór lub leczenie przeciwnowotworowe. Ostatnie kryterium wyklucza związek objawów z zaburzeniami psychicznymi, na przykład depresją. Również Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD10 proponuje kryteria rozpoznawania zespołu zmęczenia nowotworowego. Do objawów tych należą m.in.: znaczne stopnia zmęczenie, spadek energii lub zwiększone zapotrzebowanie na odpoczynek, nieproporcjonalne do aktualnego poziomu aktywności, ogólne osłabienie lub ciężkość kończyn, zaburzenia uwagi i koncentracji, spadek motywacji i zmniejszone zainteresowanie dotychczasowymi zajęciami, trudności ze snem lub bezsenność, sen nie zmniejsza poziomu zmęczenia, uświadomiona potrzeba przezwyciężenia bezczynności, poczucie smutku, frustracji, irytacji z powodu odczuwanego zmęczenia, trudności z wypełnianiem codziennych obowiązków związane z występowaniem zmęczenia, problemy z pamięcią krótkotrwałą, złe samopoczucie po wysiłku, trwające kilka godzin. Objawy powodują znaczące kliniczne zaburzenie w życiu społecznym, zawodowym lub innym obszarze życia pacjenta [6].

Często zmęczenie jest jednym z pierwszych objawów toczącego się w organizmie procesu nowotworowego. Znaczne zmęczenie można zaobserwować już u pacjentów ze świeżo postawionym rozpoznaniem, zwłaszcza u osób z drobnokomórkowym nowotworem płuc czy rakiem nerki, u których rozwinął się zespół paranowotworowy. Wraz z progresją choroby nowotworowej nasila się również poziom zmęczenia. Rozwijający się nowotwór powoduje zmiany w funkcjonowaniu poszczególnych narządów, a także jest przyczyną neurofizjologicznych zmian

w mięśniach szkieletowych. W organizmie, w którym toczy się proces nowotworowy dochodzi do zaburzenia produkcji różnych substancji, między innymi do uwalniania cytokin. Czynnikiem nasilającym mającym wpływ na częstość występowania zmęczenia nowotworowego są również rodzaj nowotworu, jego umiejscowienie czy stopień zaawansowania [7].

Rodzaj zastosowanego leczenia wpływa na nasilenie objawów zmęczenia. W przypadku zastosowania leczenia chirurgicznego jest to normalna reakcja organizmu na przeprowadzone interwencje i występuje bezpośrednio po wykonanym zabiegu. Ponadto duży wpływ ma zastosowane znieczulenie, rodzaj zastosowanych analgetyków, unieruchomienie podczas zabiegu, infekcje, lęk pacjenta związany z leczeniem chirurgicznym. Stosowanie chemioterapii często wywołuje nudności, wymioty, biegunkę, czy anemię, co nie pozostaje bez wpływu na samopoczucie pacjenta oraz poziom odczuwanego zmęczenia. Ponadto osłabienie u pacjenta może nasilać nagromadzenie w organizmie produktów rozpadu komórek jako efekt leczenia cytostatykami. Poziom odczuwanego zmęczenia zwiększa się wraz z ilością przyjmowanych cykli chemioterapii. W przypadku radioterapii zmęczenie może być głównym skutkiem ubocznym leczenia. Podobnie jak w przypadku chemioterapii mogą wystąpić nudności, biegunka, utrata masy ciała, a ponadto odczyny popromienne skóry i śluzówek, które wywołują znaczny i długotrwały ból, co nasila przewlekłe zmęczenie u pacjenta onkologicznego. Zastosowanie leczenia biologicznego może powodować wystąpienie objawów grypopodobnych, takich jak gorączka, dreszcze, ogólne osłabienie czy zmęczenie. W przypadku nowotworów hormonozależnych, między innymi takich jak rak piersi, rak gruczołu krokowego czy rak trzonu macicy stosowana jest hormonoterapia, wśród jej skutków ubocznych również wyróżnia się nadmierną senność oraz zmęczenie [7, 8].

Zmęczenie ma negatywny wpływ na jakość życia pacjentów onkologicznych, ogranicza funkcjonowanie w zakresie fizycznym, psychicznym i społecznym. Bardzo często mylnie odbierane jest przez pacjentów jako dowód na niepowodzenie terapii czy progresję choroby. Dlatego tak ważne jest wczesne rozpoznanie zespołu zmęczenia nowotworowego oraz jego terapia. Istnieją zarówno farmakologiczne, jak i nefarmakologiczne metody leczenia ZZN. Wybór zależy przede wszystkim od fazy rozwoju choroby nowotworowej. W przypadku rozpoznania u pacjenta ZZN, terapię powinno zacząć się od eliminacji czynników, które można zmodyfikować. Czynniki potencjalnie możliwe do skorygowania, które mogą być przyczyną zmęczenia to: niedokrwistość, zaburzenia elektrolitowe, zaburzenia

endokrynologiczne, infekcje, depresja, choroby współistniejące. Metody farmakologiczne są bardzo ograniczone. Postępowanie skupia się przede wszystkim na modyfikacji zastosowanego leczenia, tj. zmniejszeniu w miarę możliwości dawek leków przeciwbólowych, głównie opioidów, leków przeciwwymiotnych, nasennych oraz przeciwłękowych, które nasilają zmęczenie. Ponadto istnieją przesłanki, że kilka grup leków może mieć zastosowanie w leczeniu ZZN. Zalicza się do nich: glikokortykosterydy, tymoleptyki, progestageny, psychostymulanty, a także erytropoetyna. Niestety nie przeprowadzono wystarczająco szerokich badań potwierdzających ich skuteczność [2, 3, 9–12].

Zdiagnozowanie nowotworu często powoduje u chorego poczucie utraty kontroli nad własnym życiem i jest trudne do zaakceptowania. Stanowi to ogromny stres, a nawet może prowadzić do poważnych zmian w psychice pacjenta, takich jak depresja czy zaburzenia lękowe. W zależności od indywidualnych predyspozycji, cech osobowości, sposobów radzenia sobie w stresowych sytuacjach każdy pacjent w odmienny sposób reaguje na wiadomość o chorobie. Reakcje pacjentów mogą się zmieniać w czasie, co może być spowodowane na przykład stosowaną terapią, jej uciążliwością czy dalszym rokowaniem. U pacjentów możemy zetknąć się z dwoma skrajnymi postawami wobec wieści o chorobie nowotworowej. Pierwsza z nich to postawa aktywna, w której pacjent mobilizuje się do walki z chorobą. U takiego pacjenta może wystąpić zjawisko pozytywnego przewartościowania, to oznacza, że nie będzie postrzegał choroby jako zagrożenia, czy nieszczęścia, ale jako bodziec do zmian w swoim życiu. Aktywną postawę cechuje też „duch walki”. W tym przypadku choroba jest postrzegana jako wyzwanie, które należy podjąć. Zdecydowanie mniej korzystna dla pacjenta jest postawa bierności. Jedną z najbardziej znaczących teorii mówiących o reakcji i przystosowaniu się pacjenta do choroby nowotworowej jest teoria Elizabeth Kübler-Ross, która została ogłoszona w 1979 roku [13]. Autorka w swojej książce pod tytułem „Rozmowy o śmierci i umieraniu” opisuje pięć etapów, przez które przechodzi osoba chora na nowotwór: zaprzeczanie, gniew, targowanie się, depresja, akceptacja. Analogiczne etapy przechodzi również najbliższa rodzina pacjenta terminalnie chorego. Teoria ta odnosi się głównie do osób w zaawansowanym stadium choroby, ale również może wystąpić u pacjentów o dobrym rokowaniu. Nie każdy pacjent przechodzi wszystkie z wymienionych etapów lub przechodzi je w zmienionej kolejności czy nawet kilkukrotnie [14, 15].

Koncepcja adaptacji poznawczej podkreśla pozytywną rolę złudzeń w walce z chorobą nowotworową. Nie jest to uniwersalna zasada, lecz należy rozpatrywać ją w od-

niesieniu do konkretnego pacjenta. Pozytywne myślenie i złudzenia, często mają kluczowe znaczenie dla zachowania zdrowia psychicznego. Wytworzenie pozytywnego obrazu własnej osoby i sytuacji może pomóc w walce z chorobą oraz przynieść ulgę [14, 16, 18].

Choroba nowotworowa powoduje liczne zmiany w życiu każdego pacjenta na wielu płaszczyznach i konieczność przystosowania do nowej, niekorzystnej sytuacji. W zależności od doświadczeń życiowych nabytych przez daną osobę w ciągu całego życia dochodzi do zaakceptowania tej sytuacji i wcielenie się w rolę pacjenta lub zaprzeczenie i odrzucenie tej roli. Proces przystosowania się mogą utrudniać konieczność diametralnej zmiany stylu życia oraz ograniczenia narzucone przez chorobę. Akceptacja choroby oznacza przede wszystkim zgodę na zmiany w życiu. Pacjenci poznają swoją chorobę, uczą się, jak sobie z nią radzić. Odczuwają przykre objawy, takie jak: ból, mdłości, zmęczenie, co znacznie wpływa na jakość ich życia. W przypadku chorób, które są nieuleczalne lub przewlekłe brak akceptacji prowadzi do bezradności oraz wyczerpania [18, 19, 20, 21, 22].

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest ocena zależności pomiędzy akceptacją choroby nowotworowej, a poziomem odczuwanego zmęczenia u osób starszych.

Metody, techniki, narzędzia badawcze

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankiety, narzędzia badawcze stanowiły: autorski kwestionariusz ankiety, kwestionariusz oceny funkcjonalnej osób przewlekłe chorych (FACIT-F) oraz Skala Adaptacji Choroby (AIS).

W badaniach wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety, który składał się z 23 pytań zamkniętych jednokrotnego i wielokrotnego wyboru oraz pytań otwartych. Pierwsza część pytań dotyczyła danych socjodemograficznych badanych osób. Natomiast w drugiej części pytania dotyczyły ogólnego stanu zdrowia pacjentów, zdiagnozowanej choroby nowotworowej, sposobów jej leczenia oraz skutków ubocznych terapii.

W przeprowadzonym badaniu zastosowano również Kwestionariusz oceny funkcjonalnej osób przewlekłe chorych (FACIT-F) – wersja 4, polska. Kwestionariusz składa się z 5 części, dotyczących: – stanu fizycznego, – życia rodzinnego i towarzyskiego, – stanu emocjonalnego, – funkcjonowania w życiu codziennym, – podskali oceny zmęczenia.

Ponadto w badaniu wykorzystano Skalę Adaptacji do Choroby (AIS), która składa się z 8 stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia. Badane

osoby zaznaczały w skali od jeden do pięciu, w jakim stopniu zgadzają się z danym stwierdzeniem. Suma punktów uzyskana przez pacjenta wskazuje na poziom akceptacji choroby. Im większa liczba uzyskanych punktów tym wyższy poziom akceptacji choroby przez daną osobę.

W celu oceny korelacji między zmiennymi użyto testu Manna-Whitneya, testu Kruskala-Wallisa oraz współczynnika korelacji rho-Spearmana. Wybór testów nieparametrycznych podyktowany był brakiem normalności rozkładów zmiennych (zweryfikowano testem Kołmogorowa-Smirnowa oraz Shapiro-Wilka). Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Obliczenia przeprowadzono programem IBM SPSS Statistics 20.

Badania zostały przeprowadzone w Szpitalu Specjalistycznym im. Ludwika Rydygiera w Krakowie od 31.12.2016r. do 30.06.2017r. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UJCM (KBET 122.6120.269.2015). W badaniach wzięli udział pacjenci hospitalizowani w oddziale radioterapii. Grupa badanych obejmowała 73 osoby. Każdy pacjent został poinformowany o anonimowości przeprowadzonych badań oraz sposobie wypełniania kwestionariusza ankiety. Uzyskano świadomą, pisemną zgodę ankietowanych na udział w badaniu.

Kryteriami doboru pacjentów do badań były: rozpoznana choroba nowotworowa, wiek powyżej 60 roku życia, uzyskanie zgody na udział w badaniu i wykorzystanie uzyskanych informacji do celów naukowych.

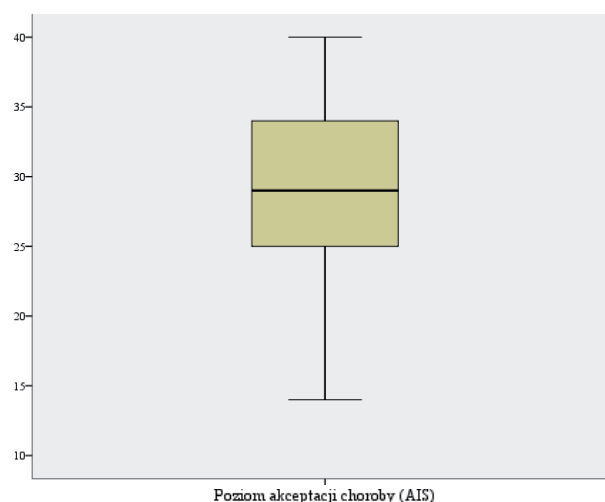
W badanej grupie znalazło się 73 osoby. Większość badanych (67,1%) to byli mężczyźni. Kobiety stanowiły 32,9% osób. Średnia wieku badanych wyniosła $69,52 \pm 6,95$ lat. Wiek wahał się od 60 lat do 86 lat. W grupie wiekowej 60-70 lat znalazło się 58,9% osób, natomiast 41,1% badanych miało 70-86 lat. Większość badanych (86,3%) mieszkało w Krakowie. Miasto inne niż Kraków jako miejsce zamieszkania wskazało 13,7% osób.

Wykształcenie wyłącznie podstawowe posiadało 11,0% osób. Najczęściej (52,1%) badani deklarowali wykształcenie zawodowe. Wykształcenie średnie posiadało 19,2% osób, a wykształcenie wyższe 17,8% badanych.

Większość badanych (78,1%) pozostawała w związkach małżeńskich. Kolejną co do wielkości grupę stanowiły osoby owdowiałe (17,8%) oraz panny i kawalerowie (2,7%). Najmniejszy odsetek stanowiły osoby rozwiedzione (1,4%). Najliczniejszą grupę (50,7%) stanowili emeryci. Rencistami było 24,7% badanych, a aktywni zawodowo to 23,3% osób. Bezrobotnych było 1,4% badanych. Ponad połowa badanych (61,6%) oceniła dobrze swoją sytuację materialną. Średnio oceniła ją 38,4% osób.

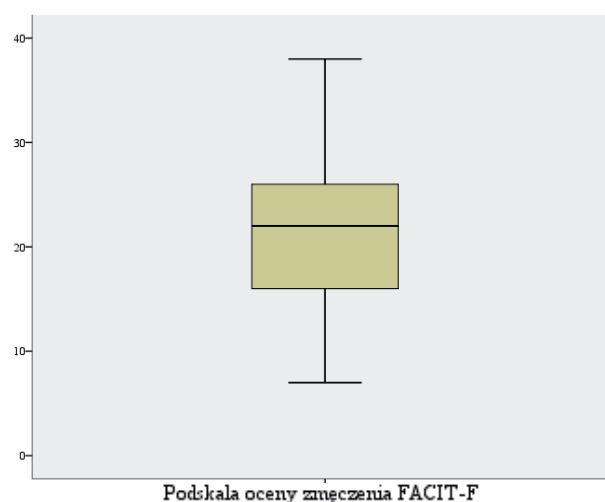
Poziom akceptacji choroby w badanej grupie wyniósł $28,88 \pm 6,44$ pkt. na skali 8–40 pkt, oznacza to wynik przeciętny. Wyniki wahały się od 14 pkt. do 40 pkt.,

a ponad połowa osób uzyskała poniżej 30 pkt. (**Rycina 1**). Niski poziom akceptacji choroby (8–18 pkt.) występował wśród 7% badanych, najwięcej osób uzyskało przeciętny wynik (19–29 pkt.), natomiast 45% pacjentów przejawiało wysoki poziom akceptacji choroby (30–40 pkt.).



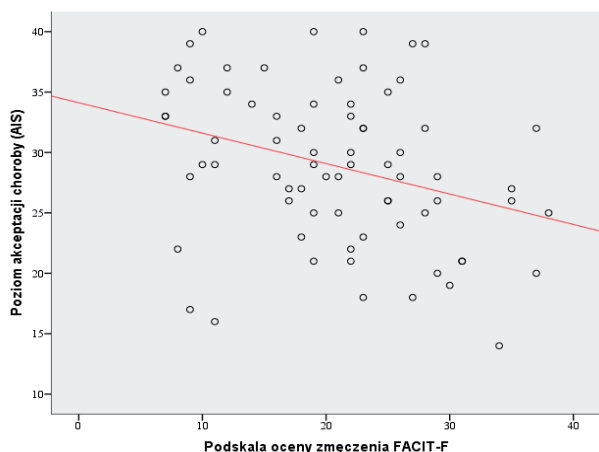
Rycina 1. Poziom akceptacji choroby (AIS)

Średni poziom odczuwanego przez chorych zmęczenia wyniósł $20,81 \pm 8,08$ pkt. na skali 0–52 pkt. Wyniki wahały się od 7 do 38 pkt., a połowa osób uzyskała poniżej 22 pkt. (**Rycina 2**).



Rycina 2. Poziom zmęczenia (FACIT-F)

Badania własne wykazały istotną statystycznie korelację między poziomem zmęczenia a poziomem akceptacji choroby ($\rho = -0,329$; $p = 0,0045$). Stwierdzono, że im wyższy był poziom zmęczenia, tym niższy poziom akceptacji choroby przejawiali badani (**Rycina 3**).



Rycina 3. Poziom zmęczenia a poziom akceptacji choroby

Wykazano, że wyższy poziom zmęczenia odczuwały kobiety (24,75) niż mężczyźni (18,88). Poziom akceptacji choroby nie różnił się istotnie pod względem płci badanych (Tabela 1).

Tabela 1. Poziom zmęczenia i akceptacji choroby a płeć

Płeć		Podskala oceny zmęczenia FACIT-F	Poziom akceptacji choroby (AIS)
Kobieta	Średnia	24,75	28,00
	SD	8,29	6,90
Mężczyzna	Średnia	18,88	29,31
	SD	7,30	6,24
Ogółem	Średnia	20,81	28,88
	SD	8,08	6,44
p		0,0087	0,4005

Nie stwierdzono, by wiek badanych istotnie wpływał na poziom zmęczenia ($p = 0,3315$) i akceptacji choroby ($p = 0,7363$). Miejsce zamieszkania badanych nie wpływało istotnie na poziom zmęczenia ($p = 0,6356$) i akceptacji choroby ($p = 0,4172$). Poziom wykształcenia badanych nie różnicował istotnie poziomu zmęczenia ($p = 0,5180$) i akceptacji choroby ($p = 0,5069$).

Wykazano brak istotnych statystycznie różnic między stanem cywilnym, a poziomem akceptacji choroby ($p = 0,3965$) i poziomem zmęczenia ($p = 0,7894$).

Sytuacja zawodowa badanych nie wpływała istotnie na poziom zmęczenia ($p = 0,4403$) i akceptacji choroby ($p = 0,7987$).

Wykazano także brak istotnego statystycznie związku między sytuacją materialną, a zmęczeniem ($p = 0,3725$) i akceptacją choroby ($p = 0,9457$) wśród badanych. U większości osób (80,8%) występowały choroby współistniejące. Leki na stałe przyjmowało 78,1% badanych.

Średnia ilość leków przyjmowanych na stałe wyniosła $3,96 \pm 2,49$ sztuk i wahała się od 1 do 10 sztuk. Grupa 29,8% osób przyjmowała na stałe 1–2 leki. Większość badanych (70,2%) przyjmowała 3 i więcej leków na stałe.

Średni czas zdiagnozowania choroby nowotworowej wyniósł $21,34 \pm 16,41$ miesięcy. Okres ten wahał się od 1 miesiąca do 72 miesięcy. Do 1 roku chorobę nowotworową zdiagnozowano u 47,9% badanych, a od 13 do 72 miesięcy w grupie 52,1% osób. Przerzuty nowotworowe wystąpiły u 12,3% osób. Na uciążliwość powikłań leczenia przeciwnowotworowego wskazało 61,6% badanych. Respondenci wskazywali różne czynniki związane z chorobą, które miały wpływ na odczuwany przez nich poziom zmęczenia czy poziom akceptacji choroby. Badani deklaruwali, że posiadają duże wsparcie emocjonalne ze strony rodziny (3,53 pkt.). Najmniej istotne okazały się takie czynniki jak odczuwanie mdłości (0,85 pkt.) lub konieczność leżenia w łóżku (0,86 pkt.) (Tabela 2).

Tabela 2. Czynniki związane z chorobą nowotworową wpływające na odczuwany poziom zmęczenia

	wcale nie		bardzo mało		trochę		sporo		bardzo		Średnia 0–4	SD
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
brak energii	17	23,3%	16	21,9%	21	28,8%	12	16,4%	7	9,6%	1,67	1,27
mdłości	49	67,1%	3	4,1%	10	13,7%	5	6,8%	6	8,2%	0,85	1,35
ból	37	50,7%	5	6,8%	20	27,4%	7	9,6%	4	5,5%	1,12	1,29
konieczność leżenia w łóżku	42	57,5%	10	13,7%	11	15,1%	9	12,3%	1	1,4%	0,86	1,16
wsparcie emocjonalne ze strony rodziny	2	2,7%	1	1,4%	6	8,2%	11	15,1%	53	72,6%	3,53	0,91
wsparcie ze strony przyjaciół	7	9,6%	7	9,6%	6	8,2%	18	24,7%	35	47,9%	2,92	1,35
akceptacja choroby przez rodzinę	2	2,7%	6	8,2%	19	26,0%	14	19,2%	32	43,8%	2,93	1,13
efektywny sen	15	20,5%	12	16,4%	15	20,5%	11	15,1%	20	27,4%	2,12	1,50
zadowolenie z obecnej jakości życia	9	12,3%	18	24,7%	29	39,7%	12	16,4%	5	6,8%	1,81	1,08

Analiza statystyczna pozwoliła określić, że im wyższy był poziom odczuwanego przez badanych zmęczenia tym w większym stopniu brakowało im energii. Osoby odczuwające większe zmęczenie częściej odczuwały mdłości lub ból. Osoby, które odczuwały wyższy poziom zmęczenia, posiadały mniej efektywny sen oraz w mniejszym stopniu były zadowolone z obecnej jakości życia (Tabela 3).

Tabela 3. Poziom zmęczenia a czynniki związane z chorobą nowotworową

Podskala oceny zmęczenia FACIT-F	rho	p
brak energii	0,499	0,0000
mdłości	0,431	0,0001
ból	0,248	0,0343
konieczność leżenia w łóżku	0,218	0,0641
wsparcie emocjonalne ze strony rodziny	-0,121	0,3084
wsparcie ze strony przyjaciół	-0,084	0,4797
akceptacja choroby przez rodzinę	0,096	0,4178
efektywny sen	-0,317	0,0063
zadowolenie z obecnej jakości życia	-0,424	0,0002

Stwierdzono nieznacznie wyższy poziom zmęczenia wśród osób, u których występowały choroby współistniejące (21,56), niż a osób, które deklarowały brak chorób współistniejących (17,64). Poziom akceptacji choroby nie zależał od występowania chorób współistniejących (**Tabela 4**).

Tabela 4. Poziom zmęczenia i akceptacji choroby a występowanie chorób współistniejących

Choroby współistniejące		Podskala oceny zmęczenia FACIT-F	Poziom akceptacji choroby (AIS)
nie	Średnia	17,64	30,29
	SD	9,68	6,27
tak	Średnia	21,56	28,54
	SD	7,55	6,49
Ogółem	Średnia	20,81	28,88
	SD	8,08	6,44
p		0,0936	0,3508

Wykazano, że wyższy poziom zmęczenia odczuwały osoby, które przyjmowały leki na stałe (21,91) niż pozostałe (16,88). Poziom akceptacji choroby nie zależał od przyjmowania leków na stałe (**Tabela 5**).

Tabela 5. Poziom zmęczenia i akceptacji choroby a przyjmowanie leków na stałe

Przyjmowanie leków na stałe		Podskala oceny zmęczenia FACIT-F	Poziom akceptacji choroby (AIS)
nie	Średnia	16,88	29,69
	SD	9,29	6,81
tak	Średnia	21,91	28,65
	SD	7,42	6,38
Ogółem	Średnia	20,81	28,88
	SD	8,08	6,44
p		0,0240	0,4917

Ilość leków przyjmowanych na stałe nie wpływała na poziom zmęczenia ($p = 0,2865$) i akceptacji choroby ($p = 0,6372$).

Czas od zdiagnozowania choroby nowotworowej nie wpływał istotnie na poziom zmęczenia ($p = 0,1164$) i akceptacji choroby ($p = 0,4622$) badanych pacjentów. Występowanie przerzutów nowotworowych także nie wpływało istotnie na poziom zmęczenia ($p = 0,7881$) i akceptacji choroby ankietowanych osób ($p = 0,1987$).

Wykazano, że osoby, które odczuwały uciążliwość powikłań leczenia przeciwnowotworowego doświadczają istotnie wyższego ($p < 0,0001$) poziomu zmęczenia ($M = 24,02$, $SD = 7,0$) niż osoby nie odczuwające skutków powikłań leczenia przeciwnowotworowego ($M = 15,64$, $SD = 7,01$). Aspekt ten nie wpływał istotnie na poziom akceptacji choroby ($p = 0,2330$).

Stwierdzono ponadto, że wyższy poziom akceptacji choroby skutkował wyższym zadowoleniem z obecnej jakości życia ankietowanych pacjentów ($\rho = 0,391$) (**Tabela 6**).

Tabela 6. Poziom akceptacji choroby a czynniki związane z chorobą nowotworową

		Poziom akceptacji choroby (AIS)
brak energii	rho	-0,063
	p	0,5965
mdłości	rho	0,016
	p	0,8955
ból	rho	-0,161
	p	0,1728
konieczność leżenia w łóżku	rho	-0,208
	p	0,0772
wsparcie emocjonalne ze strony rodziny	rho	0,177
	p	0,1339
wsparcie ze strony przyjaciół	rho	0,127
	p	0,2856
akceptacja choroby przez rodzinę	rho	0,036
	p	0,7653
efektywny sen	rho	0,181
	p	0,1258
zadowolenie z obecnej jakości życia	rho	0,391
	p	0,0006

Dyskusja

Zmęczenie jest dolegliwością, która dotyczy wielu pacjentów onkologicznych. Zespół zmęczenia nowotworowego związany jest zarówno z samą jednostką chorobową jak i sposobem leczenia. Nadal zbyt często ten problem jest bagatelizowany zarówno przez samych pacjentów, jaki i personel medyczny. Istotne jest, aby przeciwdziałać zmę-

czeniu nowotworowemu, gdyż wpływa ono w znaczący sposób na akceptację choroby przez pacjentów, a także na jakość ich życia.

Zaakceptowanie siebie oraz własnej choroby jest bardzo przydatne w procesie leczenia oraz w codziennym życiu pacjenta. Na akceptację choroby wpływa wiele czynników, między innymi jest to wiek pacjenta. Badania, które zostały przeprowadzone przez Zielińską-Więczkowską i Żywchlińską wykazały, że u osób powyżej 75 roku życia istnieją większe trudności z akceptacją choroby nowotworowej niż u pacjentów z innych grup wiekowych. Natomiast badania własne nie wykazały istotnej statystycznie zależności pomiędzy wiekiem badanych, a poziomem akceptacji choroby nowotworowej. W obydwu badaniach najwyższą jakość życia wykazały osoby, u których poziom akceptacji choroby również był wysoki. Do czynników, które w znaczący sposób wpływają na akceptację choroby, autorki zaliczają występowanie chorób współistniejących. Przeprowadzone przez nie badania wykazały, że osoby, które miały inne schorzenia w większym stopniu akceptowały chorobę nowotworową. Badania własne nie ukazały takiej zależności. Wykazano jednak zależność pomiędzy przyjmowaniem leków na stałe w związku z chorobami współistniejącymi, a większym poziomem zmęczenia [23].

Przeprowadzona analiza nie wykazała zależności pomiędzy wykształceniem, a poziomem akceptacji choroby nowotworowej. Do podobnych wniosków doszły Pawlik oraz Karczmarek-Borowska, które badały grupę kobiet po zabiegu mastektomii. Aż połowa badanych przejawiała wysoki poziom akceptacji choroby. W badaniach tych oceniano także wpływ miejsca zamieszkania oraz wykształcenia na poziom akceptacji choroby. Nie stwierdzono statystycznie istotnej zależności. Podobne wyniki uzyskano w badaniach własnych. Analiza badań Pawlik oraz Karczmarek-Borowska wykazała, że wpływ na zaakceptowanie choroby ma czas, jaki upłynął od zabiegu mastektomii [20]. W badaniach Cipory i wsp. wykazano, że kobiety po mastektomii odczuwają wysoki poziom akceptacji choroby. Dodatkowo był on związany z wiekiem pacjentek oraz sytuacją zawodową [24].

Wyniki badań Brown, McMillan oraz Milroy przeprowadzone na grupie pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową w obrębie płuc i badania przeprowadzone przez Engl i wsp. wśród pacjentów z rakiem prostaty wykazały wysoki poziom zmęczenia u pacjentów. Podobnie jak w badaniach własnych nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy wiekiem chorych, a poziomem odczuwanego przez nich zmęczenia. Autorzy

nie stwierdzili również, aby płeć wpływała na odczuwanie zmęczenia. Natomiast analiza wyników badań własnych wykazała wyższy poziom zmęczenia wśród kobiet. Wspomniani autorzy analizowali również wpływ BMI, obwodu kończyn, grubości fałdu skórniego, siły chwytu ręki, liczby krwinek białych, hemoglobiny oraz albuminy. Przeprowadzona analiza nie wykazała istotnego związku między powyższymi czynnikami, a poziomem odczuwanego zmęczenia. Ponadto autorzy zauważyli większy poziom zmęczenia wśród osób z niższym stopniem sprawności mierzoną skalą Karnofsky'ego oraz mierzoną testem „usiądź i wstań”, a także z wyższymi wynikami w Skali Depresji i Lęku (HADS) [25,26]. Z kolei badania Mao i wsp. [27] wykazały, iż zmęczenie osób z nowotworem piersi jest istotnie związane z młodszym wiekiem, wyższym poziomem wykształcenia, wyższym BMI, nasileniem bólu oraz bezsennością.

Badania własne wykazały wpływ występowania zmęczenia na poziom akceptacji choroby nowotworowej. Odmienne wyniki uzyskali w swoich badaniach Kapela i wsp., którzy swoimi badaniami objęli pacjentów w trakcie chemioterapii z rozpoznaniem raka jelita grubego. Średni wynik akceptacji mierzony za pomocą Skali AIS w tej grupie pacjentów był nieco wyższy od przeciętnych wartości, co świadczy o dość dobrym przystosowaniu do choroby nowotworowej. Dla porównania analiza badań własnych wykazała poziom akceptacji choroby przez pacjentów leczonych na oddziale radioterapii na pograniczu wartości niskich i przeciętnych. Badania Kapeli i wsp., nie wykazały związku poziomu akceptacji choroby z poziomem odczuwanego zmęczenia, jak również z występowaniem nudności, czasem trwania choroby, płcią, stanem cywilnym oraz aktywnością zawodową [28]. Natomiast Kołpa i wsp. wykazały, że religijność pacjentów determinowała wyższy poziom akceptacji choroby nowotworowej. Nie ujawniono natomiast związku akceptacji choroby z czasem jej trwania czy też wykształceniem badanych lub stosowanym leczeniem [29].

W badaniach własnych wykazano również, że osoby, które odczuwały wyższy poziom zmęczenia w mniejszym stopniu były zadowolone z obecnej jakości życia. Do podobnych wyników doszli Yoo i wsp. którzy oceniali jakość życia osób odczuwających przewlekłe zmęczenie o wyjaśnionej i niewyjaśnionej etiologii [30].

Ponadto badania własne wskazały, iż osoby, które odczuwały wyższy poziom zmęczenia posiadały mniej efektywny sen, co przekładało się również na jakość ich życia. Zbieżne wyniki uzyskali Castro-Marrero i wsp., którzy oceniali jakość snu u osób z przewlekłym zmęčeniem [31].

Wnioski

Po analizie przeprowadzonych badań wysunięto następujące wnioski:

1. Ponad połowa badanych (55%) wykazała niski i przeciętny poziom akceptacji choroby i odczuwała zmęczenie o dużym nasileniu.
2. Badania wykazały statystycznie istotną korelację pomiędzy poziomem akceptacji choroby nowotworowej, a poziomem odczuwanego zmęczenia. Im wyższy był poziom odczuwanego przez pacjentów zmęczenia, tym niższy był poziom akceptacji choroby.
3. Spośród badanych czynników związanych z chorobą nowotworową istotny wpływ na zmęczenie pacjentów miały: ból, występowanie mdłości, mało efektywny sen, uczucie braku energii. Pacjenci, którzy odczuwali w dużym stopniu zmęczenie niżej oceniali jakość swojego życia. U kobiet występował większy poziom zmęczenia niż u mężczyzn.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Gilińska J, Adamska E, Brosowska B, Lewandowska M. Problemy fizyczne chorych w terminalnej fazie choroby nowotworowej a wsparcie społeczne ze strony personelu pielęgniarskiego, *Problemy Pielęgniarstwa* 2009, 17 (3): 190–198.
2. Krawczyk A. Zmęczenie i strategie zmagania się z chorobą nowotworową na różnych etapach leczenia, *Sztuka Leczenia* 2013, 1-2: 21–30.
3. Rzepka K, Nowicki A. Rola pielęgniarki w postępowaniu z zespołem zmęczenia u chorych na raka piersi. *Problemy Pielęgniarstwa* 2012, 20 (1): 133–136.
4. Pyszora A. Efektywność fizjoterapii stosowanej u pacjentów cierpiących z powodu zmęczenia związanego z chorobą nowotworową. *Medycyna paliatywna w praktyce* 2008, tom 2, 4: 164–168.
5. Buss T, Kruk A, Wiśniewski P, Lichodziejewska-Niemierko M. Cancer related fatigue – zmęczenie czy osłabienie? Opinie polskich pacjentów z chorobą nowotworową – badanie wstępne. *Medycyna paliatywna* 2012, 3: 175–180.
6. En-Tien Y, Shu-Chuen L, Wei-Ju S, Duu-Jian T, Ying-Yueh T, Yuen-Liang L. An examination of cancer-related fatigue through proposed diagnostic criteria in a sample of cancer patients in Taiwan. *BMC Cancer* 2011, 11: 387–395.
7. Shelley Wang X. Pathophysiology of Cancer-Related Fatigue. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2008, 12 (5): 11–20.
8. Nowicki A, Piekarska J, Farbicka P. Ocena zespołu zmęczenia u chorych na raka płuca w trakcie chemioterapii paliatywnej. *Advances in Respiratory Medicine* 2017, tom 85, 2: 69.

9. Rzepka K, Kowicki A. Zespół zmęczenia u chorych na raka piersi. *Współczesna Onkologia* 2010, tom 14, 5: 321–325.
10. Berger AM, Gerber LH, Mayer DK. Cancer-Related Fatigue, *Cancer* 2012, 118 (8): 2261–2269.
11. Golon K, Kaczmarek-Borowska B. Zespół przewlekłego zmęczenia u chorych z rozpoznaniem nowotworu złośliwego. *Problemy nauk stosowanych* 2017, tom 6: 127–134.
12. Buss T. Wybrane metody zwalczania zmęczenia w przebiegu choroby nowotworowej. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2008, tom 2, 4: 148–154.
13. Kübler-Ross E. Rozmowy o śmierci i umieraniu, przeł. Doleżal-Nowicka I, Poznań, Wydawnictwo Media Rodzina, 2010.
14. Jabłoński M, Furgal M, Dudek D, Zięba A. Miejsce psychoonkologii we współczesnej psychiatrii. *Psychiatria Polska* 2008, tom 42, 5: 749–765.
15. Lelonek B, Cieślak A, Kamusińska E. Problematyka stresu w chorobie nowotworowej. *Problemy Pielęgniarstwa* 2013, 21(1): 128–136.
16. Mniszewska J, Chodkiewicz J. Zmaganie się z przewlekłą chorobą somatyczną w świetle psychologicznej koncepcji stresu. *Przegląd Lekarski* 2013, tom 70, 7: 448–453.
17. Terelak J, Krzesicka E, Małkiewicz M. Poczucie umiejscowienia kontroli i poczucie koherencji a strategie radzenia sobie ze stresem u kobiet chorych na raka piersi. *Studia Psychologica* 2009, 9: 21–44.
18. Kurowska K, Jaworska M. Poczucie koherencji (SOC) a style radzenia sobie z chorobą u osób z rozpoznaniem raka jajnika i jądra. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010, 18 (4): 429–434.
19. Kurpas D, Kusz J, Jedynak T, Mroczek B. Stopień akceptacji choroby przewlekłej wśród pacjentów. *Family Medicine and Primary Care Review* 2012, tom 14, 3: 396–398.
20. Pawlik M, Kaczmarek-Borowska B. Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie* 2013, 2: 2013–211.
21. Lewandowska-Abucewicz T, Kęcka K, Brodowski J. Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii w województwie zachodniopomorskim – badania wstępne. *Family Medicine and Primary Care Review* 2016, 18 (2): 143–148.
22. Ruszkiewicz M, Kreft K. Korelaty akceptacji choroby w grupie pacjentów onkologicznych. *Psychoonkologia* 2017, 21(2): 37–44.
23. Zielińska-Więczkowska H, Żychlińska E. Akceptacja choroby nowotworowej i jej związek z jakością życia osób starszych objętych opieką paliatywną stacjonarną i domową. *Medycyna Rodzinna* 2015, 4: 151–156.
24. Cipora E, Konieczny M, Sobieszkański J. Acceptance of illness by women with breast cancer. *Ann Agric Environ Med*. 2018, 14; 25 (1): 167–171. DOI: 10.26444/aaem/75876.
25. Brown DJF, McMillan DC, Milroy R. The Correlation between fatigue, physical function, the systemic inflammatory response, and psychological distress in patients with advanced lung cancer, *Cancer* 2005, tom 103, 3: 77–82.
26. Engl T, Drescher D, Bickeboller R, Grabhorn R. Fatigue, depression, and quality of life in patients with prostatic diseases. *Cent European J Urol* 2017; 70 (1): 44–47.
27. Mao H, Bao T, Shen X, Li Q, Seluzicki C, Im EO, Mao JJ. Prevalence and risk factors for fatigue among breast cancer survivors on aromatase inhibitors. *Eur J Cancer*. 2018. 12; 101: 47–54. DOI: 10.1016/j.ejca.2018.06.009.
28. Kapela I, Bąk E, Krzemińska SA, Foltyn A. Ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji życia u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2017, 26(1): 53–61.

29. Kołpa M, Wywrot-Kozłowska B, Jurkiewicz B, Grochowska A. Czynniki determinujące akceptację i przystosowanie do choroby nowotworowej, Pielęgniarstwo chirurgiczne i angiologiczne 2015, 3: 165–169.
30. Yoo EH, Choi ES, Cho SH, Do JH, Lee SJ, Kim JH. Comparison of Fatigue severity and Quality of life between Unexplained Fatigue Patients and Explained Fatigue Patients. Korean J Fam Med., 2018; 39: 180–184.
31. Castro-Marrero J, Zagaroza MC, Gonzalez-Garcia S, Aliste L, Saez-Francas N, Romero O, Ferre A, Fernandez de Sevilla T, Alegre J. Poor self-reported sleep quality and health related quality of life in patients with chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis. J Sleep Res. 2018; 16 16:e12703. DOI: 10.1111/jsr.12703.

Zaakceptowano do edycji: 20.02.19
Zaakceptowano do publikacji: 27.03.19

Adres do korespondencji:

Iwona Bodys-Cupak
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie
e-mail: iwbod@poczta.onet.pl